LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Le sérum antistrepto-coccique dans l'érysipèle du nouveau-né, par le Dr H. Dauchez, 721. — De l'Ichthyol dans la tuberculose pulmonaire, par le Dr Branthonne, de Noailles (Oise), 723. — **Bibliographie** : Manuel du génie sanitaire : la ville salubre, par MM. L.-A. et Paul Barré, 726. — **Revue de la presse** : Sur les rapports entre le diabète sucré et le diabète insipide, 727. — De la suture conjonctivale en bourse contre les solutions de continuité de la cornée, 727. — **Académie de médecine** : *Séance du 9 novembre* 1897. Présid. de M. Caventou. — Rapports de prix, 728. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 5 novembre* 1897. Présid. de M. Debove. — Cancer primitif des voies biliaires, 728. — Diphtérie, 728. — La nouvelle tuberculine de Koch, 728. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 22 février* 1897. Présidence de M. Dromain, 729. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 27 juin* 1897. Présidence de M. Leroux, 729. — **Société de chirurgie** : *Séance du 10 novembre* 1897. Présidence de M. Delens. — Corps étrangers du rectum, 730. — Obstruction intestinale, 730. — Luxations dorsales externes du pouce, 730. — Sur la castration utéro-annexielle, en particulier dans la tuberculose des annexes, 731. — **Conférence internationale de la lèpre** (Berlin 1897), 731. — **Congrès français de chirurgie** : 11e *session, tenue à Paris du 18 au 23 octobre* 1897. — *Séance du 18 octobre* 1897 *(suite)*. — La botryomycose humaine et le champignon du cheval, 731. — Du toucher vésical dans certaines affections péri-utérines, 731. — La gastro-entérostomie dans les sténoses simples du pylore, 732. — Sur les contusions de l'abdomen, 732. — **Intérêts professionnels** : L'affaire de Charonne, 733. — **Nouvelles**, 734. — **Bulletin bibliographique**, 736.

CLINIQUE MÉDICALE

Le sérum antistrepto-coccique dans l'érysipèle du nouveau-né,

Par le Dr H. Dauchez.
Ancien chef de clinique adjoint de la Faculté (Hôpital des Enfants).

L'extrême gravité de l'érysipèle chez l'enfant nouveau-né est un fait si connu qu'il serait superflu d'y insister.

Il importe donc de chercher si, en dehors des traitements classiques, purement symptomatiques, il n'en est pas qui s'adresse à la cause même de l'érysipèle, au streptocoque, — de déterminer si ce traitement présente les dangers, — enfin s'il est supérieur aux méthodes précédemment connues.

S'il est vrai, comme l'a soutenu le Dr Méry, (1) que le streptocoque de la scarlatine diffère de celui de l'érysipèle, et tue quoi qu'on fasse les souris et les lapins injectés préventivement ou curativement, c'est-à-dire avant ou après l'infection strepto-coccique, s'il est certain comme l'affirme le professeur Nocard d'Alfort que le streptocoque de la pneumonie du cheval et de la gourme résiste au sérum de Marmorek, il n'en est pas moins certain que ce même sérum agit à coup sûr et en toutes circonstances sur le streptocoque de l'anasarque du cheval et sur celui de l'érysipèle chez l'homme.

Il existe donc plusieurs variétés de streptocoques contre lesquels la sérothérapie de Marmorek est très inégalement efficace. Nous nous bornerons ici à étudier l'action du sérum antistrepto-coccique sur l'érysipèle.

Dans sa statistique, Marmorek a cité 45 guérisons sur 46 cas d'érysipèles injectés. Le seul malade ayant succombé était atteint de pneumonie. (Il ne s'agissait, il est vrai, que d'adultes.)

Telles sont également les conclusions du Dr Chantemesse qui compare entre eux les divers traitements de l'érysipèle :

A. — 1° Traitement symptomatique classique : 145 malades, 5 morts. Mortalité : 3,45 p. 100.

2° Traitement par les bains froids : 409 malades, 16 morts. Mortalité : 3.91 p. 100.

Mortalité moyenne : 3,79 p. 100.

B. — Traitement par le sérum antistrepto-coccique de Marmorek :

1° Sérum fort (1 p. 7.000) : 297 malades, 5 morts. Mortalité : 1,70 p. 100.

2° Sérum faible (1 p. 2.000) : 107 malades, 7 morts, Mortalité : 5,54 p. 100.

3° Sérum très efficace (1 p. 30.000) : 97 malades, 1 mort. Mortalité : 1,03 p. 100.

Mortalité moyenne : 2,59 p. 100.

Cette statistique, considérée en bloc, démontre la nécessité de n'employer que le sérum fort. Celui-ci présente-t-il quelques dangers? A cette question, Chantemesse répond en citant l'observation d'un adulte atteint de pleurésie purulente, à qui 300 centimètres cubes furent injectés en 15 jours, sans le moindre accident. — Roger et Charrin ont injecté plusieurs doses de 5 centimètres cubes à un enfant cachectique de trois semaines, pesant 2.600 grammes, atteint d'éry-

(1) *Journal de clinique et thérapeutique infantiles*, 1896, p. 376.

sipèle et chez lequel aucun accident ne s'ensuivit. La guérison fut obtenue en quatre jours. Chez ce nouveau-né élevé à la couveuse, l'érysipèle était borné à la lèvre et à l'oreille.

Ces quelques faits autorisent donc à penser que l'injection de sérum de Marmoreck produit des effets manifestes et constants et abaisse notablement la mortalité chez les sujets présentant quelque résistance.

Comme le prouvent les observations de Marmorek, Charrin (1), Roger, Chantemesse (2), Léon Bonnet (3) et notre observation ci-jointe, l'action du sérum antistreptococcique se manifeste :

1° Par un abaissement thermique, constant, rapide et progressif en trois jours, sauf élévation vespérale du soir, indiquant la nécessité de doubler les doses (deux doses de 30 cc. chez l'adulte) (deux doses de 10 ou 5 cc. chez l'enfant, même à l'âge le plus tendre, comme l'indiquent les instructions jointes au flacon;

2° Par une sensation de bien être et une amélioration de l'état général;

3° Par l'atténuation et la guérison de l'albuminurie quand celle-ci est récente (Chantemesse) parfois en quarante-huit heures;

4° Par l'atténuation des adénopathies à la condition de continuer à petites doses l'emploi des injections de sérum.

Dans l'observation que nous publions ici, nous avons été frappé de la brusque descente thermique, et de l'amélioration *apparente* de l'état général.

Mais ce que nous pouvons affirmer, c'est *la persistance de l'érysipèle modifié à s'étendre* en dépit des injections renouvelées matin et soir.

C'est là un point d'autant plus important à noter que les auteurs précités n'ont pas signalé ce désaccord entre l'atténuation des accidents locaux et généraux et la persistance, sinon l'extension de l'infection.

Erysipèle grave chez un enfant de 6 semaines; traitement par le sérum de Marmoreck. — Henry L..., enfant du sexe masculin, né le 9 avril 1897. Parents sains, pesant 8 livres le jour de sa naissance. Nourri par sa mère, augmentait de 40 grammes par jour au début.

Du 5 au 12 mai. La mère a un petit abcès au sein droit. Ouvert par le Dr Blet. En même temps, la mère eut quelques furoncles et de l'herpès labial. Mais déjà, à cette époque, l'enfant avait une suppuration de l'ombilic, que les lavages et les pansements à l'iodoforme n'avaient pu éteindre.

Pendant cette même période (5 au 12 mai), l'enfant ne gagna plus que 10 grammes par jour.

Le 13. Nous sommes appelés à 5 heures du soir. Nous trouvons le petit malade (âgé de 6 semaines) en pleine crise convulsive. La température rectale est à 40°. L'enfant, depuis deux jours, est constipé. Cette brusque élévation thermique a coïncidé avec quelques vomissements. L'enfant urine bien. Pas d'albumine dans les urines.

En le découvrant, nous trouvons le pli de l'aine droite tuméfié, rouge. Une large traînée d'érysipèle s'est développée systématiquement sur chacun des plis de l'aine qui est le siège d'un bourrelet rouge considérable, sous lequel on sent une chaîne ganglionnaire très volumineuse. L'érysipèle déborde le pli de l'aine de chaque côté. (Lavement glycériné, bain tiède, antipyrine et aconit.)

Le 14. L'érysipèle gagne les cuisses. Badigeonnage onguent mercuriel dédoublé. Celui-ci est cessé peu après, la peau étant irritable.

Le 16. Les rougeurs s'étendent aux cuisses. Plusieurs phlyctènes très larges couvrent le scrotum à droite. T. 40,1.

Le 17. Les plaques érysipélateuses contournent en vingt-quatre heures le flanc gauche et droit et poursuivent leur marche. Depuis le début des bains frais à 30, 32, 35°, ont été administrés, bains simples ou bains de lie de vin deux fois par jour.

Du 17 au 25. Les mollets, les jambes, la plante des pieds se prennent. La plante des pieds est tellement tuméfiée et rouge, qu'elle forme une saillie convexe. Les phlyctènes des bords s'ulcèrent.

En même temps apparaissent, du 25 au 27 mai, des plaques isolées d'érysipèle spontané, sur la fesse gauche, sur le devant de la poitrine, sur le dos, sur la poitrine.

Le 27. L'érysipèle envahit les deux épaules et les deux bras jusqu'au coude.

Depuis dix jours, la température oscille entre 39° le matin et 40°6 tous les soirs ; l'enfant pâlit, il est extrêmement faible. Néanmoins, il continue à téter très régulièrement depuis le début de sa maladie (14 jours). On le soutient, en outre, à l'aide de grogs, de café, de potions éthérées, de vin de peptone, et d'injections de caféine (0,20, 0,30 centigrammes). Mais ces deux derniers agents thérapeutiques sont très mal supportés, et provoquent de telles crises de vomissements (l'enfant n'en avait jamais eu antérieurement) qu'on en est réduit à faire prendre le sein ou quelques cuillerées de lait maternisé ou stérilisé toutes les deux heures.

Le 27, quinzième jour, au matin, l'enfant est à toute extrémité; l'érysipèle continue. Pouls irrégulier. Les applications réitérées d'éther camphré tannique, de traumatisme à la résorcine, etc. La température reste toujours fixe entre 39°5 le matin et 40°5 le soir.

C'est alors que M. le Dr Blet nous propose et commence le traitement au sérum de Marmoreck.

Le 27 au soir (1), 1re injection de 3 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique dans l'hypocondre gauche. Deux heures après, la température tombe à 38°4; l'érysipèle pâlit sur place et semble s'arrêter jusqu'au lendemain matin.

Le 28 au matin, 2e injection de 5 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique (de Marmoreck).

Le soir, 3e injection de 3 centimètres cubes de sérum de Marmoreck. Aucune douleur n'est accusée par l'enfant. La

(1) Marmoreck, Roger et Charrin, Soc. Biolog., 30 mars 1895.

(2) Chantemesse. Rapp. Conseil municipal, 1896. *In France médicale* (même année).

(3) Léon Bonnet. *Journal de clin. et thérap. infantile* et *Gazette hebdomad.*, 1896, n° 20.

(1) En raison de l'âge de l'enfant, 6 semaines, et de la difficulté qu'aurait eue la seringue de Roux à manœuvrer, le Dr Blet introduisit le sérum de Marmoreck avec la seringue de Pravas. La dose d'enfant est de 10 centimètres cubes et celles d'adultes de 20 à 60 centimètres cubes.

pérature reste fixe à 38°4 matin et soir. L'érysipèle *pâ*-artout, mais il *progresse* encore quoique très lentement les avant-bras et à la nuque.

29, 4e injection de sérum de Marmoreck de 4 centi-es cubes. L'état général reste bon, meilleur même. fant tète ; et la nuit eut été excellente sans un accès oliques, suivi de débâcle. Les selles sont normales, ôt glaireuses. Elles ne renferment pas de sang.

ois heures après l'injection de sérum, la température à 38°2. Le pouls, très irrégulier il y a trois jours, pré-e à peine quelques intermittences.

30, 5e injection de sérum de 4 centimètres cubes. L'é-ièle à peine visible poursuit sa marche. On le devine e bande rose pâle qui circonscrit la nuque, et fait le de la tête d'une tempe à l'autre.

31, 6e injection de sérum de 5 centimètres cubes. t général est très bon. La nuit a été excellente. L'éry-e a passé du coude au poignet sous forme de bracelet circulaire, très pâle. T. 38°2.

juin. Depuis hier soir l'enfant a pâli, est très abattu, se de téter, pousse des cris plaintifs, devient moite. ysipèle continue à remonter sur la circonférence supé-re de la tète sous forme d'un simple liséré rose. La pérature est à 38°2. Il est évident que l'enfant va suc-ber. Je lui administre moi-même un grand bain froid à vec massage et suivi de frictions vinaigrées, mais la tion ne se fait pas, et l'enfant succombe à 4 heures du après une longue agonie de huit à dix heures, sans jamais présenté d'albumine dans les urines.

quelle cause faut-il attribuer notre insuccès dans as particulier? Il nous semble que la malignité de ysipèle, attestée chez ce jeune enfant par son exten-continue, par les escharres, par l'hyperthermie açante a été le principal facteur vu l'âge de l'en-. Mais, nous craignons aussi d'être intervenu trop craignant instinctivement un insuccès, maintes signalé dans les associations steptococciques de la atérie.

répétons donc en terminant les conclusions formu-en 1895, par Charrin et Roger :

Si les faits recueillis sont trop peu nombreux pour ifier une conclusion définitive touchant l'action cu-ve du sérum ils permettent déjà d'affirmer son in-uité. On est donc autorisé à en poursuivre l'usage s les diverses affections relevant du streptocoque et mmencer le traitement spécifique dès le début des dents ».

---

e l'Ichthyol dans la tuberculose pulmonaire,

Par le Dr Branthonne, de Noailles (Oise).

ans le numéro du Concours médical du 30 no-bre 1895, nous nous exprimons ainsi : « Encore les icaments dans la tuberculose pulmonaire se borne-t-ils la plupart du temps à l'huile de foie de morue, créosote par la voie rectale, peut-être à l'ichthyol ute dose, comme semblent nous le faire croire de ré-s essais. »

es essais aujourd'hui plus nombreux nous ont montré de si bons résultats que nous sommes heureux de les faire connaître.

Nous restons convaincu plus que jamais que l'air, le repos et l'alimentation forment la base du traitement de la phitisie ; mais nous sommes loin de partager l'exclusivisme de Dettveiller à ce sujet (1), et nous sommes à l'heure actuelle possesseurs avec la créosote et l'ichthyol de deux médicaments précieux.

Nous avons administré pour la première fois l'ichthyol à une jeune malade arrivant de Paris pour faire une cure à la campagne.

Elle présentait au sommet gauche quelques craquements ; un mois après on ne constatait plus que de la submatité légère et une respiration sèche ; elle avait augmenté de dix livres. Elle rentre à Paris et continue son traitement ; nous la revoyons l'été suivant en 1895. Elle présente de très légers frottements ; à part cela la santé est excellente et, après trois mois de séjour à la campagne, nous ne constatons aucun signe de tuberculose. Enfin nous l'avons revue il y a un mois, en très bonne santé.

Notre second malade est un jeune homme de 26 ans, atteint d'infiltration tuberculeuse à gauche allant du sommet jussqu'à la quatrième côte en avant, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate en arrière. Signes de ramollissement, maigreur assez prononcée, perte de l'appétit, sueurs nocturnes, température 40°. L'ichthyol est administré : huit jours après, la température était tombée, la poussée tuberculeuse subissait un arrêt. Était-ce une coïncidence? Toujours est-il que depuis notre malade n'a jamais présenté de température. Mais en même temps l'appétit revenait et la toux s'amendait. Les signes physiques très lentement ont diminué. Actuellement, c'est à dire trois ans après, le sujet ne présente plus que quelques craquements au sommet gauche, l'infiltration qui occupait presque la moitié du poumon a disparu. A droite les signes sont restés ce qu'ils étaient, c'est-à-dire qu'il y a toujours de l'induration. Par contre il est survenu de la laryngite spécifique suivie elle-même d'un abcès froid au devant du cou ; la première s'est améliorée notablement par les badigeonnages du larynx à l'acide lactique, le deuxième s'est résorbé à la suite d'une ponction avec une aiguille de Pravaz. Les forces ont augmenté ; l'amaigrissement n'existe plus ; en somme, trois ans après le sujet se trouve notablement amélioré.

M. L. de Ponchon est tuberculeux depuis cinq ans ; il a quelquefois des hémoptysies. Il présente une caverne à gauche. Presque rien à droite. La créosote avait été administrée différentes fois. Chez lui, l'appétit est très faible, le patient se livre à un travail assidu mais non fatiguant. Il a par moment de la fièvre le soir, transpirations la nuit, toux très fréquente, quelques vomissements. Après quinze jours du traitement par

(1) Dettveiller dans son établissement de Falkenstein n'emploie aucun médicament.

l'ichthyol, l'amélioration s'annonce par un état de bien-être général, la diminution de la toux et de l'expectoration; un léger retour de l'appétit. Les hémoptysies s'espacent et ne reparaissent qu'à peine. Deux ans après, le malade va beaucoup mieux, sa caverne est en voie de cicatrisation, il présente l'aspect d'un homme très bien portant au point que personne ne le croit malade. Il dort et mange bien. Ce malade est perdu de vue, il laisse l'ichthyol. Nous le retrouvons dix mois plus tard en train de subir une violente poussée d'infiltration tuberculeuse à gauche. On constate des râles sous crépitants dans les deux tiers du poumon, sa caverne a triplé d'étendue. Le côté droit lui-même est fortement induré, on y constate quelques râles; la toux est fréquente empêchant le sommeil, expectoration abondante avec hémoptysie légère. Nous prescrivons l'ichthyol, dix jours après le malade mange mieux, dort, n'a plus de fièvre, tousse bien moins, et les hémoptysies ont cessé.

M. H..., âgé de 28 ans est atteint de phtisie galopante après un début assez lent, pendant un an où il a absorbé beaucoup de créosote. La température oscille entre 39 et 40°,5. Il ne peut prendre qu'une alimentation liquide, a des transpirations très abondantes la nuit, se plaint d'insomnie et de malaises, il connaît son mal et n'a plus d'espoir.

Nous savons par expérience que la créosote aggrave les formes rapides et nous lui prescrivons l'ichthyol. Au bout de huit jours il est heureux, prétend que nous avons trouvé le bon remède, se sent beaucoup plus d'entrain et de vigueur, il mange un peu mieux; les sueurs ne sont pas modifiées.

Il est vrai qu'elles ne le seront pas non plus par l'atropine. Malgré cela la fièvre persiste, peut-être un peu moins forte et la maladie le terrasse quatre mois après. Nous n'avons eu à aucun moment l'espoir de le sauver, mais nous l'avons toujours vu enthousiaste de l'ichthyol, cherchant à se distraire, revenu à l'espoir jusqu'au dernier moment. Le seul bénéfice a été dans cette sensation de bien être, mais elle était si évidente, le malade l'exprimait en termes si frappants que je n'oublierai ce cas de ma vie.

Jeune religieuse de 25 ans atteinte de caverne à gauche du volume d'une noix, malade seulement depuis six mois. Mange peu, a de la fièvre; se trouve mieux après seulement quelques jours de traitement. Ne sent plus de frissons le soir, mange d'avantage, tousse moins, sueurs nocturnes non modifiées. Quant aux signes physiques, ils indiquent également une amélioration sensible au bout de deux mois.

Homme de 42 ans, éthylique, travaille en fabrique, a eu une hémoptysie légère en 1895. Une pleurésie à droite en 1896. En janvier 1897 nous le trouvons avec des signes de ramollissement à gauche, également à droite mais moins prononcés. Il a beaucoup de fièvre le soir. Il tousse incessamment, ne transpire pas la nuit; après avoir pris de l'ichthyol pendant huit jours, il se trouve mieux, tousse moins, mange beaucoup plus et digère bien, aucun changement dans les lésions qui quelques temps après augmentent de nouveau bien que l'état soit meilleur du côté du tube digestif. Il mange jusqu'au dernier moment meurt au bout de quatre mois, la marche était restée très rapide.

Homme de 30 ans, garçon de ferme, tousse depuis un an, fièvre le soir, malaises, sueurs la nuit, toux quinteuse, incessante, peu d'appétit. Signes de ramollissement au sommet droit. Traitement par l'ichthyol. Déjà au bout de quinze jours sensation de mieux, la toux persiste aussi fréquente (la tuberculose gagne le larynx); mais l'appétit est meilleur, survient ensuite une hémoptysie qui est traitée par les moyens ordinaires, puis retour de l'appétit. Le malade veut travailler malgré notre défense et des accidents s'aggravent; malgré tout il continue à manger très bien, la toux cesse à peu près la nuit, mais il transpire, les signes après s'être amendés ont repris; seulement leur marche est bien plus lente qu'au début.

Homme de 34 ans, cultivateur ; ayant eu pleurésie et laryngite il y a douze ans, tousse depuis un an. Au moment où je l'observe il crache le sang d'une façon constante, a beaucoup maigri, ne prend que du lait et des œufs. Il est incapable de rien faire, transpire beaucoup la nuit, il présente des râles sous crépitants dans les fosses sus et sous épineuses à droite, de l'induration en avant; très peu de choses à gauche. Nous le revoyons après un mois de traitement. Il ne crache plus de sang, a augmenté de trois livres, se met à manger, tousse un peu moins, se sent beaucoup plus fort, transpire moins la nuit, et n'a plus de fièvre. Les râles muqueux sont localisés à la fosse sus épineuse.

En avant à peine une légère submatité. Nous l'observons en ce moment et le mieux s'accentue.

Homme, 40 ans, cantonnier. Après un rhume de trois mois pendant deux hivers consécutifs, est pris de fièvre avec toux fréquente, expectoration. Il présente bientôt une caverne à droite et un peu de ramollissement à gauche. Température 40° le soir, 39° le matin. Pas d'appétit, rend très souvent ses aliments; après quinze jours seulement de traitement, il se sent heureux, mange mieux, tousse moins, les vomissements par suite de la toux arrivent néanmoins fréquemment. Un moment les lésions semblent s'arrêter et nous espérons que l'état aigu va faire place à une évolution plus lente; mais nous les voyons continuer bientôt leurs ravages à une allure rapide. Il est vrai que le malade, très indocile, oublie fréquemment de prendre son médicament. Jusqu'à la fin malgré tout, qui arrive six mois après, il s'alimente et accuse un certain bien être.

Femme de 64 ans, asthmatique, tousse depuis deux ans d'une façon insolite et présente une énorme caverne au sommet droit, sueurs, expectorations très abondantes, appétit disparu; l'ichthyol ne donne aucun résultat.

Nous pourrions donner encore une quinzaine d'obser-

ons; mais c'est assez pour montrer ce que nous ns observé à la suite de ce traitement.

côté de ces cas nous en pourrons ranger quatre res. Il s'agit de jeunes gens présentant une toux pecte, le premier vient d'être réformé. Il présente signes très peu accusés, je dirai même douteux, uberculose des sommets. Il tousse presque constamut. En trois mois de traitement il se guérit. Le xième tousse depuis un mois, il présente l'habitus érieur du phtisique, il a maigri, perdu ses forces et ppétit, il transpire. Comme signes, une auscultation ntive fait découvrir seulement une différence dans imbre de la respiration à droite.

Après deux mois de traitement, il ne tousse plus et autres symptômes ont disparu. Actuellement, il n'a s toussé depuis trois mois et se porte à merveille.

Deux autres jeunes gens dont l'histoire est en tous nts semblable, ont été guéris pareillement avec un itement d'une courte durée ; de sorte que j'en arrive romettre et à observer la guérison chez toutes les sonnes qui se présentent à moi dans de semblables nditions.

Mode d'administration et doses. — J'ordonne l'ichyol uniformément de la façon suivante :

Ichthyolate d'ammoniaque 10 grammes.
Alcool à 65° ..... 20 —

Trente gouttes dans un verre d'eau à boire en plurs fois dans la journée.

Augmenter tous les jours de 2 gouttes jusqu'à 0 gouttes par jour. Continuer à cette dose

Ce mode d'administration, que j'emprunte à un auteur emand, me paraît le plus commode parce qu'on grae facilement la dose, et que ce médicament me paraît eux s'assimiler ainsi que sous la forme pilulaire.

Enfin, la dose élevée, 3 à 5 grammes par jour, ne urrait être atteinte que par un nombre de pilules qui urrait sembler trop élevé aux malades.

Mode d'action. — Ici un parallèle avec la créosote mpose. Examinons ce mode d'action uniquement au int de vue clinique sur l'état de l'estomac, l'état des umons, enfin l'état général. Disons, pour n'y pas reenir, qu'il n'agit en aucune façon sur les voies uriaires.

Malgré l'opinion de Peter, et même de Potain, que la réosote à petites doses peut exciter les fonctions de stomac, nous proscrivons absolument celle-ci dans us les cas par la voie buccale.

Elle a pu évidemment rendre quelques services (1), ais outre qu'il ne manque pas d'autres excitants des nctions digestives, une bonne partie des médecins se oient autorisés par ces exemples à employer la voie omacale. Or, on sait qu'avec la créosote ou ses diverses préparations, très souvent à petites doses, toujours à doses moyennes ou fortes altèrent cet organe. D'autre part, le tuberculeux a, dans l'alimentation, un des plus sûrs moyens de se guérir. N'ôtons pas cet atout de son jeu, sans même attendre qu'il en manifeste lui-même le besoin.

L'ichthyol, par contre, non seulement est inoffensif pour l'estomac, mais il a toujours sur cet organe une action salutaire.

Ce médicament, fort peu employé chez nous, à part dans les affections génito-urinaires, l'est couramment chez nos voisins comme eupeptique dans les dyspepsies par atonie, hyperchlorhydrie.

A. Sach, de Heidelberg, trouve qu'il favorise les évacuations alvines, stimule l'appétit et améliore la nutrition générale. D'autres auteurs l'emploient fréquemment et nous même en avons été fort satisfait plusieurs fois à ce point de vue.

Il n'agit ni pour ni contre la constipation, celle-ci pourtant est rare avec son emploi

Nous n'avons pas observé de diarrhée, je parle de celle qui provient de l'entérite bacillaire ; quant aux vomissements nous ne les avons observés que dans un cas de phthisie galopante.

La créosote a bien d'autres contre-indications encore plus importantes. La plupart des auteurs s'accordent à la prescrire dans les formes éréthiques de la tuberculose, celles où les hémoptysies sont à craindre, ainsi que dans les formes entièrement fébriles ou par moment fébriles. Enfin personne, et à juste titre, ne l'emploie dans la période ultime de la maladie.

Alors que nous n'employions qu'elle nous avons vu survenir plusieurs fois des hémoptysies dans les formes dites florides de cette affection, les malades à température élevée s'en trouvent fort mal. Il nous a même semblé que dans ces cas elle hâtait les événements. Il est vrai que dans une maladie à marche si variable et déconcertante, il est difficile de mettre tel résultat favorable ou défavorable sur le compte d'une action thérapeutique. Une longue expérience seule peut convaincre; et malheureusement même avec une courte pratique nous sommes tous appelés à l'acquérir assez vite, tant sont fréquents les cas de cette maladie, les formes dont nous parlions tout à l'heure sont justement celles où nous employons l'ichthyol avec beaucoup de profit, aucune crainte des hémoptysies : un malade crachait du sang cinq fois en deux ans à la suite du traitement par l'ichthyol, il n'en rend plus que d'une façon insignifiante en dix-huit mois.

Parmi tous ceux que nous avons soignés de cette façon, nous n'avons vu survenir qu'une seule fois une hémoptysie. Au point de vue de la fièvre, nous avons toujours vu celle-ci tomber ou baisser quand il ne s'agissait que d'une forme à réactions plus ou moins violentes. Les poussées nous ont paru moins fréquentes et si quelquefois la marche en avant continuait, elle le faisait d'une façon beaucoup plus lente.

La phtisie galopante n'a jamais pu être enrayée, mais

(1) L'amélioration des fonctions digestives n'est pas constante et erait un résultat de la diminution de la toux (Bravel).

à part ces cas de tuberculose rapide nous n'avons perdu depuis trois ans aucun de nos malades.

L'un d'eux nous a même paru un moment sur le point de guérir; la caverne qu'il présentait au sommet gauche se cicatrisait. A ce moment nous l'avons perdu de vue pendant six mois ou il abandonna son traitement et nous l'avons retrouvé subissant une infiltration s'étendant à la presque totalité de son poumon malade. Un autre qui avait de la fièvre avant le traitement n'en a plus eu depuis deux ans. Chez plusieurs malades, nous avons fait à plusieurs reprises la contre-expérience par la créosote pendant un à deux mois, mais nous avons dû revenir à l'ichthyol pour retrouver au moins une amélioration de l'état général.

Dans les formes rapides où à la période terminale de la phtisie, ce médicament nous a donné peu de choses au point de vue de la marche et des symptômes objectifs, mais les malades accusent un bien-être, une nutrition plus active ainsi que le montre bien une des observations citées et c'est déjà beaucoup.

Si l'ichthyol est employé avec avantage dans les cas où la créosote doit être proscrite, quelle est son action dans les formes lentes et torpides où elle agit très bien? Cette action, nous n'hésitons pas à la trouver aussi bienfaisante sinon supérieure. Quatre cas suspects ont été guéris, trois cas où les lésions étaient peu avancées également. De ce côté là par conséquent rien que des succès.

Il est vrai que nous en attribuons la plus grande part à la cure d'air et à l'hygiène, mais assurément nos malades étaient par suite de leur situation de fortune ou de leur milieu dans des conditions bien plus défectueuses que ceux de Bouchard et de Gimbert qui eux avaient dans leur argent et le choix d'un climat des éléments puissants d'amélioration où de guérison.

Si nous continuons à examiner cliniquement les effets de l'ichthyol nous remarquons encore ceci.

L'action sur les sueurs nous a paru nulle; celles-ci ne diminuaient ou ne se supprimaient qu'en raison de l'état général.

La toux par contre, je ne parle encore que des formes lentes ou a poussées variables, à toujours diminué dans d'aussi fortes proportion qu'avec la créosote. Nous n'avons jamais dû avoir recours au bout d'un certain temps à l'emploi des calmants. Par contre s'il se produisait une poussée, la toux devenait plus fréquente, de sorte que je suis amené à penser qu'il n'y a pas une action directe sur la toux, mais que celle-ci diminue parceque les lésions s'améliorent. D'ailleurs nous conseillons à nos malades de s'empêcher de tousser dans la mesure du possible, moyen efficace de l'avis de tous contre ce symptôme.

L'expectoration a diminué également parallèlement à la toux et pour les mêmes raisons d'ailleurs.

Les lésions nous ont paru être influencées d'une façon particulière. Les très légères ont guéri rapidement. Celles plus prononcées ont été modifiées en bien, plus dans leur intensité que dans leur étendue. C'est-dire par exemple que si un tiers d'un poumon est infiltré, on retrouve au bout d'un mois la même étendue de lésions, mais celles-ci sont atténuées plus ou moins selon les cas. Peut-être avec la créosote le chemin parcouru, est-il plus grand, mais il semble qu'ici il est plus durable, il procède lentement mais sûrement, nous reviendrons tout à l'heure là-dessus.

Dans toutes nos observations le poids des malades est augmenté; quant à l'état général, nous l'avons toujours amélioré : sensation de bien-être, augmentation de poids, retour de la menstruation chez deux femmes, forces accrues, énergie morale augmentée, fonctions se faisant plus régulièrement.

De l'étude sommaire que nous venons de faire il résulte que l'ichthyol agit plutôt sur l'état général que sur l'état local ainsi que le fait la créosote. Avec celle-ci le malade va mieux parceque ses lésions sont améliorées, tandis qu'avec celui-là le malade se trouvant plus résistant dans toutes les parties de son organisme la lutte pour le bacille devient plus difficile. Il possède comme l'arsenic des propriétés sur l'état des voies digestives et la nutrition, et comme l'huile de morue une action générale et en même temps antibacillaire (1).

C'est avant tout un modificateur de la nutrition, il active la circulation lymphatique (2), favorise les échanges, stimule l'appétit, fait l'antisepsie du tube digestif; nous ne lui voyons pas de contre indication dans la cure de la phtisie, quelque forme que ce soit. Si l'on joint à cela ce fait qu'il est bien toléré par l'estomac, qu'il a une action plus durable et qu'il prévient dans la majorité des cas l'entérite tuberculeuse, il nous semble doué d'une valeur au moins aussi grande que la créosote. De plus au lieu d'être un antagoniste de ce médicament, il nous paraît appelé à le suppléer et même à l'aider.

La différence d'action nous fait même penser qu'on pourrait peut-être l'employer concurremment avec elle : c'est ce que nous nous proposons d'essayer.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel du génie sanitaire : la ville salubre, par MM. L.-A. et Paul Barré, professeurs à l'Association philotechnique. Paris, P. B. Baillière, 1897.

L'hygiène publique a pris aujourd'hui une importance considérable et se fait sentir par des effets qu'il serait puéril de nier. On sait le mouvement de centra-

(1) L'ichthyol vient on le sait de la distillation de roches bitumineuses contenant des poissons fossiles. On sait aujourd'hui mieux que jamais quels moyens thérapeutiques efficaces on trouve souvent dans les composés organiques.

(2) Son action est très nettement favorable sur les périmétrites chroniques.

isation qui attire les populations rurales dans les villes à tel point qu'aujourd'hui la population des villes tend à devenir prédominante. L'hygiène urbaine acquiert par ce fait une place importante qui ne fera que s'accroître dans l'avenir.

M. L.-A. Barré et son fils P. Barré viennent de publier, sous le titre de *Manuel de génie sanitaire*, la ville sanitaire, un volume résumant tout ce qu'il est essentiel de connaître en ce qui concerne l'assainissementt L'ouvrage sera complété par l'étude de la maison salubre. Dans la ville salubre, les auteurs étudient d'abord les principes généraux de l'hygiène urbaine, puis les moyens préconisés pour assainir le sol et l'air. Un important chapitre sur l'eau, la tuyauterie est suivi d'un exposé concis de la situation des eaux de Paris. Le chapitre suivant traite de l'utilisation des eaux d'égout et particulièrement de l'épuration agricole faite à Gennevilliers et à Achères.

Les établissements insalubres, puis les cimetières et la crémation, forment des sections à part et le premier volume se termine par des notices très intéressantes sur l'alimentation d'eau et les systèmes d'assainissement employés dans les principales villes de France et de l'étranger, notamment Roubaix, Reims, Toulouse, Marseille, Londres, Bruxelles, etc. Un tableau comparatif de l'état sanitaire et de la mortalité dans les différents pays termine cette étude en forme de conclusions. Certains éléments, comme le climat et les races, modifient beaucoup les conditions dans lesquelles se présente la question sanitaire des villes. Les auteurs ont tenu compte de ces points intéressants.

De nombreuses illustrations, des dessins, des plans accompagnent le texte et contribuent à donner de la clarté à cet ouvrage qui, sous des allures modestes, renferme une foule de renseignements condensés et qu'on aurait quelque peine à rassembler ailleurs. L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Sur les rapports entre le diabète sucré et le diabète insipide, par SENATOR. (*Wiener med. Woch.*) — L'expérience sur les animaux a montré qu'il existe un rapport entre le diabète sucré et le diabète insipide, la piqûre du 4e ventricule produit en effet la polyurie avec ou sans glycosurie ; d'un autre côté, il est démontré que la glycosurie peut se produire sous l'influence d'une augmentation artificielle de la diurèse.

Au point de vue clinique, les deux maladies ont une étiologie neurogène commune. L'existence du diabète sucré et de la polyurie simple chez de proches parents est assez démonstrative. Senator a décrit un cas de polyurie simple chez un individu dont la mère a succombé au diabète. Plus curieusement encore, on peut voir les deux maladies se transformer l'une dans l'autre chez le même sujet. Le plus souvent on voit le diabète sucré se transformer en diabète insipide. Senator a observé deux de ces cas qui ont d'ailleurs un pronostic favorable. Dans deux autres cas observés par les auteurs, le diabète sucré a disparu pour faire place à l'albuminurie, laquelle a disparu à son tour. La transformation du diabète insipide en diabète sucré est plus rare et plus grave. Senator en a observé un cas. Westphal a vu un cas dans lequel l'urine habituellement glycosurique cessa de l'être par périodes, sans qu'on ait modifié le régime.

La relation du diabète sucré et du diabète insipide, qui n'existe d'ailleurs que pour certains cas, s'explique si l'on considère que l'action nocive atteint simultanément ou consécutivement les régions du système nerveux dont les lésions entraînent ces maladies et que cette action nocive vient à cesser sur l'une ou l'autre partie à un moment donné. Il n'est pas exact d'admettre avec Cantani, que le diabète sucré laisse habituellement après sa guérison une fluxion des reins et de la polyurie, car le plus souvent, lorsque la glycosurie guérit, la polyurie cessera aussi. Il faut également tenir compte de ce fait que la polyurie conduit quelquefois à la glycosurie ; ce fait a une grande importance clinique. L. J.

De la suture conjonctivale en bourse contre les solutions de continuité de la cornée. — Le Dr Rohmer, chargé de la clinique complémentaire d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Nancy, publie dans la *Revue médicale de l'Est* (15 juillet) un travail qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° La suture conjonctivale est indiquée dans les plaies récentes de la cornée, soit simples, soit surtout compliquées de hernie de l'iris irréductible, et cela, après résection de la membrane irienne ; elle trouvera encore son application dans les synéchies anciennes affleurant la surface cornéenne qu'on aura eu soin d'aviver avant la transplantation cornéenne ; dans les staphylomes cornéens ou scléro-cornéens limités ; dans les fistules cornéennes, et même dans les irido-cyclites à répétition provenant d'une infection par une cicatrice ; enfin dans les cas de retard de cicatrisation après l'opération de la cataracte, ou encore les hernies de l'iris qui compliquent souvent l'extraction à grand lambeau sans iridectomie ;

2° Le procédé à lambeaux conjonctivaux de Meyer paraît peu pratique et assez incertain dans ses résultats : le mieux est de recourir toujours à la suture en bourse telle qu'elle a été préconisée par de Wecker ; c'est une excellente opération, facile à exécuter, et qui rendra les meilleurs services dans les cas que nous venons d'énumérer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre 1897. — Présidence de M. Caventou.

La Correspondance comprend : 1° une lettre du ministre de l'Instruction publique portant ampliation d'un décret qui autorise l'Académie a accepter le legs d'une somme de 40.000 francs fait à son profit par le Dr Eug. Dupierris pour la fondation d'un prix bisannuel destiné à récompenser, sous le nom de prix Campbell Dupierris, le meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladie des voies urinaires ; 2° une lettre de M. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui se porte candidat dans la section de physique et de chimie.

Rapports de prix. — La plus grande partie de la séance est consacrée à la lecture de rapports sur les travaux envoyés pour les concours des prix de l'Académie, rapports faits par MM. Grancher, Alb. Robin, Marty, Motet.

A 4 h. 1/2 l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Guignard sur les candidats dans la section de pharmacie. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : En 1re ligne M. Bourquelot, en 2e ligne *ex æquo* MM. Beauregard et Behal, en 3e ligne *ex-æquo* MM. Balland, Vigier et Yvon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 novembre 1897. — Présidence de M. Debove.

Cancer primitif des voies biliaires. — M. Paul Claisse présente un cancer primitif des voies biliaires. Sur le canal hépatique siège un néoplasme qui produit en amont une énorme dilatation des voies biliaires sans sclérose des parois. Le cholédoque et la vésicule sont normaux.

Le début de l'affection a été marqué par un ictère intense qui s'est installé subitement pour ne plus régresser, entraînant la mort au bout de deux mois, sans accidents fébriles.

M. Claisse a réuni une cinquantaine d'observations de cancer primitif des voies biliaires auxquelles il compare ce nouveau fait. La tumeur est dans tous ces cas un épithélioma né de la muqueuse des conduits biliaires et prenant d'ordinaire la forme du carcinome. Elle siège le plus souvent sur la terminaison du cholédoque, en particulier au niveau de l'ampoule de Vater. Dans un cinquième des cas seulement, la tumeur n'est pas voisine du duodénum, et dans un douzième des cas elle est localisée à la portion juxta-hépatique des voies biliaires.

Le cancer juxta-duodénal produit une distension de la vésicule biliaire, signe très important sur la signification diagnostique duquel Hanot avait insisté, montrant le parti qu'on peut en tirer pour distinguer l'obstruction cancéreuse de l'obstruction calculeuse. Cette dernière, ainsi que Terrier l'a établi, entraîne, en effet, une cirrhose biliaire avec atrophie de la vésicule qui n'est pas perçue à la palpation. Une rétention biliaire chronique est d'origine cancéreuse si la vésicule est dilatée ; elle est d'origine calculeuse si l'on ne sent pas la vésicule : telle est la formule proposée par Hanot.

De la statistique ci-dessus résumée, il ressort que, dans la grande majorité des cas, cette formule est juste, mais que, si le cancer des voies biliaires est juxta-hépatique, ce qui arrive une fois sur douze, le diagnostic ferme peut être impossible. Les divers éléments d'appréciation tirés du mode de début, de l'allure de l'ictère, de l'évolution morbide, etc., sont parfois insuffisants et trompeurs. En pareil cas, la laparotomie permet seule de résoudre le problème.

M. Rendu. Le cancer de l'ampoule de Vater a une physionomie spéciale. Il se caractérise par un ictère passager, des hémorragies intestinales, de la diarrhée. Il affecte, en un mot, les allures d'une affection intestinale plutôt qu'hépatique. Il est exceptionnel de rencontrer un cancer primitif localisé sur les canaux hépatiques.

M. Hayem. Le cancer des voies biliaires coïncidant souvent avec la cholélithiase, le diagnostic entre ces deux affections n'est pas toujours facile. Cependant la cholélithiase s'accompagne constamment d'hyperchlorhydrie, tandis que dans le cancer on trouve de l'hypopepsie.

Diphtérie. — M. Sevestre. M. Barbier, dans la dernière séance, a montré qu'on pouvait trouver, à l'autopsie de diphtériques des bacilles dans différents organes (rate, bulbe). S'agit-il là vraiment de généralisation du bacille ? Ne s'agirait-il pas plutôt d'une propagation de proche en proche ou d'une diffusion *post-mortem?* Pour être démonstrative, la culture des bacilles trouvés dans les organes devrait être faite immédiatement après la mort et non douze à vingt-quatre heures après. M. Martin a, en effet, trouvé des bacilles dans le sang vingt-quatre heures après la mort, alors que l'ensemencement fait quelques minutes après la mort avait été négatif.

M. Barbier avait pensé pouvoir expliquer la paralysie diphtéritique par la présence de bacilles dans la région bulbo-protubérantielle. Il ne faut pas oublier que M. Roux a produit des paralysies en injectant seulement des toxines.

M. Barbier. Dans un nouveau cas, un ensemencement fait avec le sang du cœur nous a donné une culture abondante et pure d'un bacille virulent.

Quant à la question de la diffusion du bacille, il ne saurait s'agir d'une diffusion *post-mortem*, ni même d'une véritable diffusion ; l'élection si particulière pour les organes bulbo-protubérantiels le démontre. D'ailleurs, ces organes sont ceux-là même qui donnent si souvent une note pathologique dans le cours de la diphtérie.

Les accidents se présentent d'une façon beaucoup plus compréhensive si le bulbe est imprégné de toxine fabriquée *in situ*. Sans quoi, comment expliquer cette localisation bulbaire particulière des accidents toxiques, chez des malades imprégnés, dans tout leur organisme, de la toxine absorbée dans les fausses membranes ? Hypothétiquement, cette invasion du bulbe ne doit se rencontrer que dans les cas graves, qui se sont signalé, dans les derniers temps, par des irrégularités et des troubles cardiaques, des paralysies, des vomissements, des convulsions, des collapsus, bref par des phénomènes bulbaires.

La nouvelle tuberculine de Koch. — M. Letulle a essayé la nouvelle tuberculine sur cinq malades. Chez quatre on a noté une augmentation considérable du poids. Une seule fois on a constaté une atténuation des signes physiques. La majeure partie des résultats favorables obtenus sont dus à la suggestion, aux bonnes conditions hygiéniques des malheureux hospitalisés, car les bacilles n'ont jamais disparu des crachats.

M. Crespin (Alger) rapporte deux cas de *névralgie diaphragmatique d'origine palustre.*

Dans ces deux cas, la cause de cette névralgie était une irritation du diaphragme sous la dépendance de la rate hypertrophiée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 22 février 1897. — Prés. de M. le Dr Dromain.

Présents : MM. Vuillaumenez, Bonnefin, Binet, Furet, Petit, Anselet, Boissier, Génesteix, Pruvost, Peisson, Perceron, Foucart, Dauchez, Tison.

M. Génesteix dans la correspondance signale une lettre de M. Beurnier qui demande l'honorariat en raison de son changement de résidence; il ne fait malheureusement partie de la Société que depuis six ans; il y a donc lieu de faire auprès de lui pour le retenir comme membre titulaire la démarche courtoise dont M. Génesteix se charge. Trois brochures de M. Binet sur le Chimisme respiratoire; trois brochures de M. Furet : 1° une clinique à Frankfort sur le goitre, 2° la toux amygdalienne, 3[e] symptômes généraux de la nature hystérique dans le cours d'une otite suppurée double et simulant des accidents d'origine septique.

M. Dromain prononce quelques paroles élogieuses à l'adresse de M. Schwartz à l'occasion de sa promotion dans la légion d'honneur. M. Dromain, à propos de cette décoration qu'il avait fait pressentir au Banquet annuel, réitère ses félicitations à MM. Furet, Damain, Condoin et Veilleau récemment nommés officiers d'académie.

M. Vuillaumenez fait son rapport sur la candidature de M. Gauja qui a envoyé un travail sur la kératose pilaire, affection dont il établit la différence d'avec l'ichtyose qui affecte une localisation inverse, le lupus, les aines, etc.; et un travail sur l'alcoolisme. — M. Gauja est admis à l'unanimité.

M. Génesteix rappelle la proposition d'adhésion à une ligue antialcoolique faite par M. Boissier. (Société contre l'usage des boissons spiritueuses). A l'unanimité la Société du VI[e] arrondissement déclare adhérer à la Société contre l'usage des boissons spiritueuses et s'inscrit à cette ligue pour une cotisation de cinq francs.

M. Génesteix signale l'existence d'une nouvelle société; celle des « Secrétaires généraux des Sociétés savantes ». M. Lepileur est actuellement le secrétaire général des secrétaires généraux!

M. Foucard donne des nouvelles de M. Lecoin qui a éprouvé une rechute. Ce retard dans l'amélioration de notre collègue cause un vif et unanime regret que M. Foucard est chargé d'exprimer à M. Lecoin.

M. Génesteix annonce les demandes de candidature de M. Péchin (rapporteur désigné : M. Vuillaumenez), Lerge (rapporteur M. Furet) et Vignes (rapporteur M. Peisson).

M. Pruvost, après son rapport fort applaudi sur la situation financière, demande pour M. Delahaie une légère augmentation rendue nécesaire par les circonstances actuelles. La proposition est adoptée.

M. Dromain remercie M. Pruvost au nom de la Société.

M. Pruvost fait une communication sur une observation pouvant servir à éclairer la pathogénie de pléhbitèss goutteuses. (*Sera publié.*)

M. Dromain dans un cas semblable a obtenu chez une dame un excellent résultat par la diète lactée, et un bon résultat aussi dans un cas de phlébite traumatique des deux membres inférieurs.

M. Dauchez demande l'avis de la société sur le cas suivant : Un enfant soupçonné d'entérite a présenté il y a deux mois une poussée d'appendicite, puis trois autres poussées, toutes de un à trois jours de durée; plus récemment il a eu deux poussées plus longues et plus fortes. Avec le simple traitement médical tout a presque disparu. L'enfant va infiniment mieux. Faut-il opérer se basant sur le principe qu'il est favorable d'opérer à froid; ou malgré l'épine qui reste ainsi menaçante faut-il attendre? M. Broca conseille, en général, d'opérer après trois menaces.

M. Petit après deux poussées n'a pas eu recours à l'opération et s'en est bien trouvé.

M. Peisson a été obligé d'en venir à l'intervention chirurgicale pour un de ses malades, alors que deux autres après une débacle se sont guéris et n'ont plus présenté aucun trouble depuis un an.

Il a vu un malade dont les crises douloureuses à chaque instant réveillées par le cheval et la bicyclette ont totalement cessé après une opération faite à froid. Il rappelle l'opinion de MM. Berger et Ricard qui opèrent si après quinze jours l'empâtement et la température persistent.

M. Dauchez a vu chez un homme se produire des phénomènes aigus caractéristiques de l'appendicite typique. Après trois ou quatre récidives et vingt jours d'empâtement suivi de résolution, on opéra. L'appendice fut trouvé renversé, collé à la face postérieure du cæcun, enflammé, adhérent, mais sans suppuration. Il fut réséqué, le malade n'a plus souffert.

M. Dromain est d'avis qu'il ne faut opérer que sur indication formelle.

M. Tison pense que l'adage suivant : « Appendice, organe inutile et dangereux qu'il faut se faire enlever sans attendre l'appendicite » est trop exclusivement chirurgical. Le médecin prudent et méticuleux fera comme M. Dauchez, il attendra, car rien en réalité ne nous fournit de critérium en pareil cas.

M. Dauchez donne lecture de la communication suivante. (V. ci-dessus, p. 721.)

L'un des secrétaire annuel : F. Boissier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 27 juin 1897. — Présidence de M. Leroux.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Duchesne. A propos du procès-verbal je demanderai à M. le Secrétaire général, comment il se fait qu'il ait un tel retard dans la publication des procès verbaux et des travaux : c'est ainsi que le travail de M. Le Bec, communiqué il y a deux mois, n'a pas encore paru.

M. Taledano. Dès demain j'écrirai à ce sujet.

M. le Secrétaire général lit une lettre de remerciement de M. Rendu, auquel il avait écrit lors de sa nomination à l'Académie.

Il fait part également de la mort de M. Clermont, membre de la Société, et du père de M. Dubois de Lavigerie.

M. le Président demande un vote de ratification de la pro-

messe d'un versement de 50 francs fait par la Société pour le service religieux célébré à la Madeleine pour les confrères victimes de l'incendie du Bazar de la Charité, promesse qu'il avait faite avec MM. Toledano et Verchère. Le vote est acquis à l'unanimité.

M. Duchesne. Il m'est impossible de prendre la parole ce soir, n'ayant pas lu le travail de M. Le Bec. Je me bornerai à demander comment il se fait qu'après un vote ferme en faveur de la création d'un ordre de médecins, la Société, au dire de M. Cayla, se soit déjugée et ait voté contre.

M. Toledano. Il y a eu un vote ferme sur le principe, mais après la lecture du travail de M. Le Bec elle a été ébranlée, et un vote aurait certainement été négatif : il n'a pas eu lieu à vrai dire, néanmoins les opinions s'étaient modifiées, c'est ce que j'ai dit au conseil général des sociétés d'arrondissements, malheureusement j'ai dû quitter la réunion pendant que M Cayla lisait son rapport et n'ai pu en faire modifier les termes.

M. Duchesne. Je désire que M. Toledano écrive une lettre dans ce sens au conseil général des sociétés d'arrondissements.

M. Alibert fait une communication sur un cas de péritonite tuberculeuse avec ascite abondante et libre et qui ne s'accompagnait d'aucune matité.

M. Le Bec. C'est un fait très intéressant et qui me rappelle une enfant de 10 à 11 ans chez laquelle je fis la laparotomie croyant à un étranglement intestinal : or il s'agissait d'une péritonite miliaire avec ascite. Désunion consécutive de la plaie, issue d'une anse : toutefois l'anse rentra peu à peu, la ligne blanche se refit, et l'enfant étant morte dix-huit mois après, à l'autopsie on ne trouva aucune adhérence entre l'intestin et la paroi.

M. Leroux fait part d'un cas d'hydropneumothorax tuberculeux guéri par deux ponctions.

M. Le Bec. Ces cas fort curieux sont sans doute rares, et la guérison doit se faire par rétraction fibreuse.

La séance est levée.

L. Monnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre 1897. — Présidence de M. Delens.

Corps étrangers du rectum. — M. Monod.

Obstruction intestinale. — M. Hartmann. Dans trois cas je suis intervenu pour cancer par l'anus contre nature. Dans neuf cas de laparotomie pour occlusion vraie, j'ai eu 4 morts et 5 guérisons.

M. Broca. M. Legueu a trouvé dans un premier cas un cæcum tordu et distendu au point de remplir tout l'abdomen, en sorte que l'anus contre nature eût forcément porté sur lui ; les partisans de l'anus contre nature dans l'occlusion aiguë ne peuvent guère compter sur le succès que pour l'iléus paralytique : or le second cas de M. Legueu démontre que là aussi la laparotomie peut réussir. MM. Quénu et Reclus ont pris la défense de l'anus contre nature pour ce cas spécial de l'anus contre nature, et, quoique la communication de M. Lejars ait remarquablement corroboré mon opinion, je leur concède que si le diagnostic de la cause est exactement posé, après échec du lavement électrique, leur conduite, qu'assez souvent justifie la réussite, est la plus rationnelle. Chez le malade, en particulier, dont nous a parlé M. Reclus, et où l'occlusion était grave, mais subaiguë plutôt qu'aiguë, il y avait des éléments suffisants de diagnostic. Mais pour la vraie occlusion aiguë est ce la règle? Tous, sauf M. Kirmisson, nous avons été unanimes à affirmer que non.

Pour les occlusions chroniques, par compression surtout, on peut en général établir un plan thérapeutique fondé sur un diagnostic précis. Mais pour l'occlusion aiguë, si l'on met à part l'invagination de l'enfant, cela est au contraire fort rare ; je mets à part également l'occlusion consécutive à l'hystérectomie vaginale pour laquelle Segond nous a apporté en faveur de l'anus contre nature une expérience convaincante.

En dehors de ces cas spéciaux, le chirurgien part en général pour une destination inconnue. Cela étant je ne saurais accorder à Nélaton, Second, Chaput qu'ils doivent en principe recourir à l'anus contre nature. Dans notre ignorance des causes, nous devons avoir une thérapeutique systématique et c'est la laparotomie.

Les faits qui constituent la statistique intégrale des occlusions que j'ai eu à traiter démontrent tout au moins que la laparotomie n'est pas meurtrière autant qu'on l'a dit. Je ne crois pas que l'anus iliaque systématisé dans l'occlusion aiguë donne une semblable proportion de succès définitifs.

M. J. Vitrac (de Bordeaux) lit le résumé d'un travail sur les **Luxations dorsales externes du pouce.**

Les luxations en arrière du pouce s'accompagnent habituellement du déplacement interne de la phalange. Mais exceptionnellement ce déplacement peut être externe. M. Vitrac l'a reproduit dans ses expériences ; il l'a retrouvé dans quelques observations, et il l'a rencontré sur le vivant.

Le déplacement externe dans les luxations en arrière est ce qui caractérise les « luxations dorsales externes » par opposition aux « luxations dorsales internes » qui sont ordinairement observées, et seules décrites jusqu'à présent.

Les luxations dorsales externes, comme les luxations classiques, peuvent être complètes ou complexes. Elles se produisent quand le traumatisme, très violent, atteint le pouce en abduction et en extension.

Les déchirures ligamenteuses sont totales ; il y a éclatement parttel de la gaine du tendon long fléchisseur du pouce ; le muscle adducteur est déchiré et pénétré par le métacarpien.

Le tendon long fléchisseur est luxé en dehors de la tête métacarpienne ; il a quitté sa loge intersésamoïdienne. Il constitue un obstacle à la réduction qui persiste même quand les sésamoïdes peuvent librement passer entre les deux os. Aussi, si des manœuvres spéciales ne réussissent pas à amener sa réduction, une opération est autorisée. Elle consiste dans soit :

a. L'accrochement du tendon à travers une boutonnière sous-cutanée (moyen infidèle) ;

b. La ténotomie provisoire au poignet (moyen plus sûr).

c. L'arthrotomie suivie d'accrochement ou de ténotomie provisoire (procédé de choix).

La luxation dorsale externe, irréductible par les moyens ordinaires presque toujours, se reconnaîtra au déplacement externe de la phalange. Le pouce sera plus éloigné de l'index que le métacarpien, la tête de celui-ci sera saillante dans l'espace interosseux.

M. Kirmisson. La plupart de nos collègues comme moi ont pensé que si la laparotomie doit être faite dans certains

cas, il en est nombre d'autres où il faut faire l'anus contre nature. L'allégation est simpliste qui dit occlusion chronique, laparotomie; occlusion aiguë anus contre nature. Il faut ajouter que nombre de ceux qui ont de l'obstruction aiguë ont présenté un passé abdominal — et dans ces cas il est bon de faire l'anus contre nature — et c'est ainsi que se présente le cancer de l'intestin. Les deux méthodes ont leurs indications.

M Peyrot. Je n'appelle pas occlusion aiguë une occlusion chronique qui présente une crise aiguë. Aussi la formule contre laquelle proteste M. Kirmisson peut-elle être acceptée si on s'entend bien sur la distinction entre occlusion chronique et aiguë.

M Doyen lit un mémoire intitulé : **Sur la castration utéro-annexielle en particulier dans la tuberculose des annexes.**

CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA LÈPRE

(Berlin 1897.)

Résumés généraux.

Au moment où prennent fin les travaux de la Conférence de la lèpre, les secrétaires ont l'honneur de donner un résumé succinct des résultats des délibérations. Ils estiment que ce résumé sera surtout utile aux délégués officiels.

Tout naturellement la discussion a porté principalement sur l'agent pathogène de la lèpre. Cet agent est le bacillus lepræ qu'ont fait connaître au monde entier, depuis près de vingt-cinq ans, la découverte de Hansen et les travaux de Neisser.

On n'est pas fixé jusqu'à présent sur le mode de développement du bacille, pas plus que sur son mode de pénétration dans l'organisme humain ; mais les travaux de la Conférence donnent déjà des indications sur les modes de propagation du bacille dans ce même organisme.

Tous les membres de la Conférence sont d'accord sur ce fait, que l'homme seul est porteur du bacille.

D'intéressantes observations ont été communiquées sur la grande quantité de bacilles éliminés par la peau et les muqueuses nasales et buccales. Il serait à désirer que de nouvelles recherches fussent faites dans cette direction, dans les pays où l'on rencontre beaucoup de cas de lèpre.

En dehors de ces questions purement scientifiques, les secrétaires relèvent ce fait d'importance pratique, que la lèpre doit être regardée comme une maladie contagieuse. Tout lépreux constitue un danger pour son entourage, danger qui augmente avec la durée et l'intimité de ses rapports avec ce même entourage, sans préjudice des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles il vit. Il en résulte que c'est principalement dans la population pauvre et misérable que le lépreux constitue un danger permanent pour sa famille et ses compagnons de travail. Toutefois on ne saurait nier que des cas de transmission à des personnes vivant dans les meilleures conditions d'hygiène s'observent de plus en plus fréquemment.

La théorie de la transmission héréditaire de la lèpre perd chaque jour du terrain en faveur de la théorie contagionniste.

Quant à la thérapeutique de la lèpre, elle n'a donné, jusqu'à ce jour, que des résultats palliatifs; la sérothérapie elle-même n'a pas changé cet état des choses.

En raison de l'incurabilité de la lèpre, des dommages individuels et sociaux causés par elle, ainsi que des résultats obtenus en Norvège grâce aux mesures légales d'isolement, la Conférence, se basant sur le principe de la contagiosité de la lèpre, a adopté, comme conclusions définitives, les propositions suivantes de Hansen, amendées par Besnier :

1° Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend une grande extension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie ;

2° La déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement, tels qu'on les pratique en Norvège, doivent être recommandés à toutes les nations dont les municipalités sont autonomes et possèdent un nombre suffisant de médecins ;

3° Il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays.

Les secrétaires de la Conférence : Phin. S. Abraham (de Londres) ; Ed. Arning (de Hambourg) ; A. von Bergmann (de Riga) ; E. Dubois-Havenith (de Bruxelles) ; J.-J. Kinyoun (de Washington) ; G. Thibierge (de Paris) ; Ed. Ehlers (de Copenhague), secrétaire général.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(11e *session, tenue à Paris du* 18 *au* 23 *octobre* 1897.)

Séance du 18 *octobre* 1897.

(*Suite* (1).

La botryomycose humaine et le champignon du cheval. — MM. A. Poncet et L. Dor (de Lyon). On a décrit depuis quelques années en Allemagne, sous le nom de botryomycose, une infection connue des vétérinaires en France, sous le nom de *champignon du cheval*. Cette affection se présente sous la forme de tumeurs papillomateuses, pédiculées, qui se développent sur le scrotum du cheval après la castration. On a pu trouver un parasite spécial ressemblant beaucoup au staphylocoque pyogène et que Bollinger a appelé botryomyces (de βοτρυον, grappe) ; avec des cultures pures de ce champignon il a été possible de reproduire expérimentalement la maladie. Nous avons été souvent frappés de voir chez l'homme des tumeurs pédiculées et papillomateuses se développant principalement au niveau des doigts et de la main et nous nous sommes demandés s'il n'y aurait pas une analogie entre ces papillomes inflammatoires et la botryomycose ; nous sommes arrivés à démontrer la réalité de cette hypothèse et c'est là le but du présent travail.

Du toucher vésical dans certaines affections péri-utérines. — M. Heydenreigh relate l'observation d'une femme, agée de 36 ans, atteinte d'une inflammation péri-utérine qui faisait bomber le cul-de-sac antérieur du vagin, en même temps qu'elle déterminait la formation d'une masse

(1) Voir *France Médicale*, n° 43, 1897.

dure, s'étendant au-dessus du pubis sur une hauteur de trois travers de doigts. Les urines étaient purulentes.

Après une tentative infructueuse pour trouver le foyer purulent le long de la paroi antérieure de l'utérus, M. Heydenreich se décida à recourir à l'exploration de la vessie. Sous le sommeil chloroformique, il pratiqua la dilatation du canal de l'urèthre par l'introduction successive d'une série de bougies de Hegar. Puis il introduisit le doigt dans la vessie et le poussa jusqu'au fond de l'organe. Il trouva, à la partie supérieure et un peu à gauche, un orifice dans lequel il put, en forçant légèrement, faire pénétrer l'extrémité du doigt. Il arriva ainsi dans une poche assez grande, et, lorsqu'il retira son doigt de la vessie, un flot de pus s'écoula par le méat. Le diagnostic n'était pas douteux : il s'agissait d'un abcès anté-utérin ouvert dans la vessie.

Séance tenante, M. Heydenreich introduisit l'index gauche dans la vessie jusque dans la poche. Avec l'index droit placé dans le vagin, il détermina le point précis du cul-de-sac antérieur où se percevait l'index gauche, et il incisa en ce point. Il pénétra tout droit dans la poche, où il plaça une sonde de Pezzer ressortant par le vagin. Une deuxième sonde de Pezzer fut placée dans la vessie.

Cette intervention amena rapidement la guérison. La malade retenait bien ses urines ; mais elle était obligée parfois de satisfaire promptement le besoin d'uriner.

Dans cette observation, le toucher vésical a permis de poser le diagnostic avec une absolue précision et d'instituer le traitement rationnel, qui a amené une guérison rapide.

Le seul reproche que l'on ait adressé au toucher vésical, c'est d'exposer la malade à une incontinence d'urine. Or, cette incontinence ne s'observe pas d'ordinaire. Tout au plus se produit-il parfois un affaiblissement du sphincter uréthral, vis-à-vis duquel, d'ailleurs, la chirurgie n'est pas désarmée.

Comme conclusion, le toucher vésical est une méthode d'exploration qui, dans certaines affections péri-utérines, est susceptible de rendre de réels services.

La gastro-entérostomie dans les sténoses simples du pylore. — M. Dubourg (Bordeaux). La *gastro-entérostomie*, appliquée au traitement du cancer du pylore, m'a donné une survie de trois à cinq mois en moyenne.

Jointe à la *pylorectomie*, pour les cas opérables, elle constitue déjà un progrès réel.

Mais son avenir me paraît bien autrement sérieux dans les *sténoses pyloriques* d'origine simplement inflammatoire.

Reste à déterminer le moment où l'intervention devient opportune.

En présence d'un dilaté de l'estomac, quand cette dilatation devient *permanente*, qu'elle s'accompagne de troubles graves de la digestion, avec hyper, ou hypochlorydrie, douleurs épigastriques, régurgitations ou vomissements plus ou moins fréquents, il est permis de penser que le pylore fonctionne mal et qu'un obstacle existe de ce côté.

Un traitement médical longtemps continué et resté inefficace doit suffire déjà pour nous faire écarter l'idée d'une simple contracture, *sine materie*, et dès lors la question d'intervention se pose.

Si à tous ces signes viennent s'ajouter un amaigrissement rapide indiquant le défaut d'assimilation, de la tendance au sommeil, de la lenteur et de la faiblesse du pouls, l'intervention s'impose à bref délai, elle devient presque une opération d'urgence.

Comme je l'ai déjà indiqué à la Société de chirurgie de Paris en octobre 1896, et dans une nouvelle note en juillet 1897, je fais toujours cette gastro-entérostomie *antérieure*, en passant à travers l'épiploon et le méso-côlon pour aller à la recherche de l'anse jéjunale Le *tube de caoutchouc* que j'ai préconisé à ce moment pour faciliter l'anastomose, et dont j'ai indiqué les avantages, m'a toujours donné un résultat parfait, comme le prouvent les observations déjà rapportées, et quelques faits nouveaux que je me propose de développer.

Sur les contusions de l'abdomen. — M. A. Demons, de Bordeaux, rapporteur. La question est tellement vaste qu'il n'est vraiment pas possible, dans un rapport forcément succinct, d'en indiquer même tous les points. Il convient d'en étudier surtout le côté pratique.

Diagnostic. — Nulle part la résistance des parois abdominales n'est invincible. Il peut exister, à la suite du traumatisme, trois ordres de faits : ou bien les parois seules ont été touchées; ou bien, derrière et avec elles, un ou plusieurs organes ont été atteints ; ou bien, enfin, ceux-ci ont été blessés, à l'exclusion des parois qui ont fui sans dommage devant l'agression.

La première question à résoudre est la suivante : *Y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésion des viscères abdominaux*?

Etiologie. — Si nous connaissions exactement la force vive de l'instrument vulnérant, et le degré de résistance des parois et du contenu de l'abdomen, chez le sujet en observation, nous aurions déjà des documents précieux. Il s'en faut que nous possédions ces données mathématiques.

Les instruments contondants sont très variables. Le corps humain lui-même, s'il tombe sur l'un de ces instruments, n'y vient pas toujours dans des conditions mécaniques identiques. Nous n'avons guère, pour nous instruire à cet endroit, que les commémoratifs. D'ordinaire, cela suffit. Et nous pouvons promptement conclure que le traumatisme a été certainement léger, ou qu'il a été modéré, ou qu'au contraire il a été incontestablement violent. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, notre jugement est arrêté, faussé par le vague des détails fournis.

Il faut donc faire une enquête attentive, minutieuse. Les résultats acquis constituent la première base de la solution du problème qui nous occupe.

La résistance des parois n'est pas identique chez tous les sujets : elle varie selon l'âge, la force, l'embonpoint, etc. Sur le même sujet, elle diffère considérablement suivant le point frappé et aussi suivant l'état de relâchement ou d'énergique contraction des muscles. Dans mes expériences cadavériques j'ai été surpris de la force énorme qu'il fallait déployer pour obtenir des lésions viscérales, en frappant sur les parois devenues rigides par la mort. Le même fait se produit sur des chiens qui voient venir le coup. On comprend les difficultés qui, dans la pratique, nous empêchent de déterminer exactement la défense que les parois ont pu opposer au choc.

Le point d'appui est constitué par les parois elles-mêmes, généralement par la paroi postérieure, plus épaisse, plus ferme, plus tendue que les autres dans ses parties molles et, de plus, fortifiée par la colonne vertébrale, par les côtes inférieures et par une portion solide de la ceinture pelvienne. Par surcroît, cette paroi se trouve, en plus d'un cas, adossée, fixée momentanément contre des objets doués

d'une résistance considérable : le sol, un mur, un arbre, etc.

La direction de l'action traumatique n'est pas dépourvue d'influence sur ses effets. Perpendiculaire aux plans profonds, elle aura toute chance d'être plus nocive ; parallèle, elle pourra glisser au-devant des viscères ; oblique, sa force sera plus ou moins amoindrie selon le degré de cette obliquité.

Il convient, enfin, de considérer la fragilité des viscères, variable non seulement d'un organe à l'autre, mais encore pour le même organe selon les conditions anatomiques, physiologiques ou pathologiques dans lesquelles il se trouve au moment de l'accident. Un viscère creux, s'il est distendu et dans la mesure même de cette distension, est plus vulnérable qu'à l'état de vacuité. Il présente une plus grande surface, il devient plus superficiel, plus accessible, plus tangible, plus tendu, moins mobile, ses parois sont amincies ou ramollies et toutes prêtes à éclater sous un choc. C'est même là quelquefois une condition indispensable pour la rupture (vessie, utérus). L'altération des parois en facilite encore la solution de continuité. Un organe plein, hypertrophié (foie, rate, etc.), peut être devenu plus friable : en même temps, il offre aux coups une plus grande prise, d'autant mieux qu'il déborde sa ligne de défense. La chose est pire s'il est plus malade encore (cancer du foie, kystes du foie, kystes de l'ovaire, calculs du rein, etc.)

Certains viscères, échappés de leur place naturelle où ils avaient quelque protection, se trouvent bien moins défendus contre l'agression (hernies diverses). D'autres, retenus par des adhérences, ont perdu la mobilité qui les pouvait sauver.

Symptômes. — Dès les premiers moments, le tableau clinique se présente avec des symptômes variables. Tantôt il est à peine esquissé, tantôt il est chargé de couleurs vives, voire criardes.

La douleur manque rarement, elle peut être limitée à un point restreint ou s'étaler sur une large surface et même s'étendre à des parties éloignées du corps ; elle est superficielle ou profonde ; elle est spontanée ou seulement provoquée par une douleur profondé, limitée à un point précis, exagérée par les mouvements respiratoires, appartiendra plutôt à la blessure d'un viscère qu'à la simple atteinte de la paroi. Son irradiation loin du point confus, dans certaines directions, aura la même signification probable. Mais des observations sans nombre nous ont appris aussi deux choses : la douleur est souvent plus intense, plus expressive dans les contusions bornées à la paroi ; secondement, des lésions graves des viscères peuvent ne déterminer qu'une douleur insignifiante ou passagère.

L'ecchymose et la tuméfaction superficielle appartenant en propre aux contusions pariétales n'ont aucune valeur, l'intégrité absolue (au sens clinique du mot) de la paroi peut exister avec des désordres considérables dans la cavité abdominale.

Un ou deux vomissements alimentaires, un ballonnement du ventre léger ou discutable ne nous apprennent rien. Un ballonnement considérable, exceptionnel comme symptôme immédiat, indique évidemment que la paroi n'a pas seule souffert.

Il est un symptôme plus fréquemment rencontré, bien qu'il soit loin d'être constant, dont l'importance est autrement décisive. Je veux parler de la rigidité du ventre, ressemblant assez à la rigidité cadavérique, de cette tension marquée de la paroi, s'accompagnant parfois d'un gonflement médiocre, parfois au contraire d'un applatissement et même d'une excavation du ventre, qui fait que la main exploratrice du chirurgien ne saurait réussir à la vaincre. Sous la palpation cette tension s'exagère plutôt et devient plus douloureuse encore. Le ventre est « comme en bois ». Ce symptôme, doué de caractères si tranchés, dénote une lésion viscérale certaine. J'oserais même avancer qu'il appartient en propre aux ruptures des organes creux. A un degré moindre, le ventre se « défend », comme on dit. Ainsi atténué, ce phénomène n'en a pas moins une portée réelle.

Les symptômes généraux immédiats sont quelquefois nuls, d'autres fois peu accentués et fugaces ; mais, dans bon nombre de faits, ils sont très prononcés et constituent cet ensemble de phénomènes que nous connaissons sous le nom de shock.

(*A suivre*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'affaire de Charonne.

Nous publions ci-dessous notre première liste de la souscription Laporte. Les résultats n'en sont pas brillants et il en est de même dans tous les journaux. Cela tient à plusieurs raisons : beaucoup de confrères, très sympathiques à cette cause, donneront très volontiers 5 francs si on les leur demande, mais ils ne prendront pas facilement la peine d'aller au bureau de poste pour envoyer un bon ou un mandat. En second lieu il faut bien reconnaître que cette souscription n'a pas été suffisamment organisée ; les deux ou trois journalistes qui ont eu l'excellente idée de la faire n'en ont même pas fait part à leurs collègues autrement qu'en publiant eux-mêmes leur première liste ; personne n'a été chargé de centraliser les fonds et les confrères les mieux disposés ne savent même pas toujours où s'adresser.

Notre confrère Laporte a reçu directement des sommes assez considérables, venant de particuliers ou de sociétés médicales, mais il n'est pas certain que lui-même puisse aujourd'hui donner l'indication exacte des sommes qui lui sont ainsi parvenues ; puis ce n'est pas cela que nous aurions souhaité : non pas beaucoup d'argent peut-être, mais beaucoup de noms pour montrer que nous étions tous solidaires et que tous nous tenions à protester contre les théories bizarres de magistrats mal équilibrés.

A. Chevallereau.

Souscription Laporte.

MM.	
Delage, pharmacien, 7, rue de la Roquette.	Fr. 10
Daniel, 72, boulevard Beaumarchais	5
Chevandier (de la Drôme), 57, rue Pigalle	5
Empis, membre de l'Académie de médecine.	5
Moris, de Pouzauges (Vendée)	5
Duvernet, 1, rue du Bac	5
D'Echérac, 25, quai d'Anjou	5
Alexandre, 114, rue Turenne	10
Joal, du Mont-Dore	5
Boussi, 82, rue de Rivoli	5
Gaillard, 58, rue Taitbout	5

Paulin, 58, rue Taitbout	5
Burlureaux, 72, rue de Lille	5
Lelu, 55, rue de Châteaudun	5
Peyrot, chirurgien de Lariboisière	5
Trapenard, 54, boulevard du Temple	5
Scheving, 19, rue de Provence	5
Chevallereau	5
Boille, 13, rue Mazagran	5
Total..... Fr.	105

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier le Dr Martin (Alfred-Simon) médecin à Paris. A contribué, dans une très large mesure, au développement de l'enseignement en France de la laryngologie et de la rhinologie.

Distinctions universitaires. — Par arrêtés ministériels en date des 23 octobre et 6 novembre 1897, ont été nommé officiers d'Académie.

MM. les docteurs en médecine Séguret, conseiller d'arrondissement, délégué cantonal à Laissac; Arnous des Saulsayes, maire d'Esbly. délégué cantonal.

Faculté de médecine de Paris. — M. Terrien (Adrien-Félix), interne des hôpitaux, est nommé, pour l'année 1897-1898, chef-adjoint du laboratoire de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Mermet, démissionnaire.

M. le Dr Gastou (Paul-Louis) est nommé, du 16 octobre 1897 au 31 décembre 1898, chef du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Sabouréau, démissionnaire.

Faculté de médecine de Paris. — Clinique médicale (Hôtel-Dieu). — M. le prof. Dieulafoy commencera ce cours le samedi 20 novembre 1897, à 10 h. 1/2, et le continuera les mercredis et samedis suivants, le mercredi à 10 h. et le samedi à 10 h 1/2 (amphithéâtre Trousseau).

Enseignement complémentaire. — Les mercredis et samedis, à 4 h. 1/2, conférences cliniques par MM. le Dr Kahn, chef de clinique, et Jolly, interne du service.

Les jeudis, à 10 h. 1/2, démonstrations pratiques d'anatomie pathologique, histologie et bactériologie par MM. les Drs Du Pasquier et Apert, chefs de laboratoire.

Les mardis, à 10 h. 1/2, conférences et démonstrations pratiques de laryngologie, rhinologie et otologie, par M. le Dr Bonnier.

Les vendredis, à 10 h. 1/2, conférences et démonstrations pratiques d'électrothérapie, par M. le Dr Lacaille.

(MM. les étudiants qui désireraient suivre ces conférences d'enseignement complémentaire sont priés de se faire inscrire salle Saint-Christophe).

Cours de clinique chirurgicale. — M. le prof. Berger commencera ce cours le lundi 15 novembre 1897, à 9 h. 1/2 du matin, à l'hôpital de la Pitié, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférence de gynécologie pratique, les mercredis, à 10 h. du matin, par M. Reblaud, chef de clinique.

Conférence sur la bactériologie et l'anatomie pathologique les jeudis, à 10 h. du matin, par M. Besançon, chef de laboratoire.

Examen des malades, visite dans les salles et opérations, tous les jours, à 9 h. moins 1/4.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. — M. le prof. Joffroy commencera ce cours le mercredi 19 novembre 1897, à 9. 1/2 du matin, à l'amphithéâtre de l'Asile Sainte-Anne, et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie. — M. Castex, chargé de cours, reprendra ses leçons le mardi 16 novembre 1897, à 3 heures (3, rue Jacob), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sont admis à ce concours tous les étudiants et docteurs en médecine.

On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours de midi à 3 heures.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 14 novembre 1897, à 10 h. 1/2 du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure.

École de médecine d'Alger. — M. le Dr Cochez est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Gros, décédé.

École de médecine d'Amiens. — Par décret, en date du 25 octobre 1897, il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens une chaire de physique et une chaire d'histologie. — La chaire d'hygiène et de pharmacie de ladite école est supprimée.

— M. le Dr Fournier est nommé professeur de clinique obstétricale. — M. le Dr Manquat est nommé professeur d'histologie. — M. Dubois est chargé d'un cours de physique. — Un congé, pour l'année scolaire 1897-1898, est accordé à M. Dheilly, profe2seur de physiologie.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 octobre 1897, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens est autorisée à jouir des droits conférés aux Écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883. — Le présent arrêté a son effet depuis le 1er novembre 1897.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 octobre 1897, un concours s'ouvrira le 2 mai 1898, devant l'École de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le Dr Heitz (Victor-Joseph-Eugène), suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique obstétricale,

M. Chapoy, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur, en remplacement de M. Druher, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite et nommé directeur honoraire.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. le Dr Bardier est chargé d'un cours de physiologie; M. Lepetit, suppléant, est chargé d'un cours d'histologie.

Sont chargés des fonctions de chefs des travaux de : Physiologie, M. Bardier; Histoire naturelle, M. Bruyant; Médecine opératoire, M. Bide, en remplacement de M. Maurin, dont les fonctions sont expirées.

Corps de santé de la marine. — Sont promus dans le corps de santé de la marine : médecin de 1re classe, les médecins de 2e classe Tricard et Ardeber;

Pharmacien de 1re classe, le pharmacien de 2e classe Riffaud.

Corps de santé des colonies. — Par arrêté ministériel,

date du 28 octobre 1897, M. Porazols, médecin de classe des colonies, a été placé dans la position hors dre, pour servir dans l'administration pénitentiaire à la ouvelle-Calédonie.

Hôpital civil français de Tunis. — CONCOURS POUR DEUX LACES DE MÉDECIN TITULAIRE ET DEUX PLACES DE MÉDECIN SUPPÉANT. — La Résidence générale de la République fran.ise à Tunis donne avis que le 13 décembre 1897, à heures du matin, sera ouvert un concours pour deux laces de médecin titulaire et deux places de médecin suppéant de l'hôpital civil français de Tunis.

Ce concours aura lieu à la Faculté de médecine de Montellier devant un jury composé de cinq professeurs ou grégés, désignés par le doyen.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHIRURGIEN TITULAIRE ET UNE LACE DE CHIRURGIEN SUPPLÉANT. — La Résidence générale de a République française à Tunis donne avis que le 16 décembre 1897, à 9 heures du matin, sera ouvert un concours our l'emploi d'un chirurgien titulaire et d'un chirurgien uppléant à l'hôpital civil français de Tunis.

Ce concours aura lieu à la Faculté de médecine de Montellier devant un jury composé de cinq professeurs ou grégés, désignés par le doyen.

Conditions d'admission au concours. — Pour être admis ux concours, les candidats devront satisfaire aux conditions uivantes :

1° Être français ou naturalisé français;

2° Être docteur en médecine d'une Faculté française ;

3° Avoir trois ans d'exercice comme docteur en médecine n France ou dans les colonies françaises. Néanmoins, le emps du doctorat est réduit d'un an pour les anciens internes des hôpitaux nommés au concours et ayant rempli leurs fonctions d'interne pendant trois ans au moins (cette condition n'est pas exigée du suppléant);

4° Être accepté par la Résidence générale à Tunis ;

Pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent, les candidats devront déposer au secrétariat général du gouvernement tunisien à Tunis, avant le 28 novembre pour les places de médecins, avant le 1er décembre pour les places de chirurgiens, les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance ;

2° Les pièces justificatives de leur qualité de français ;

3° Leur diplôme de docteur en médecine ;

4° Les pièces justificatives constatant qu'ils ont trois ans d'exercice comme docteur en médecine, et, s'il y a lieu, qu'ils remplissent les conditions stipulées au paragraphe 3 ci-dessus ;

5° L'engagement écrit de se conformer au règlement sur le service de santé de l'hôpital civil français de Tunis, ainsi qu'aux décisions et délibérations qui seraient prises ultérieurement par la Commission administrative de surveillance ;

6° Une notice des titres scientifiques et des services antérieurs qu'ils peuvent faire valoir.

Toutes les pièces dont il s'agit devront être délivrées par les autorités compétentes et toutes les signatures dûment égalisées. Les dossiers incomplets ou irrégulièrement établis seront refusés par l'administration.

Les épreuves du concours pour les places de médecin sont les suivantes :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie interne dont l'élément anatomopathologique fera nécessairement partie. — 3 heures ;

2° Une composition écrite sur un sujet de thérapeutique. — 2 heures ;

3° Une épreuve clinique sur deux malades (trente minutes pour l'examen des deux malades et vingt minutes pour développer oralement devant le jury l'opinion du candidat, après dix minutes de réflexion).

Épreuves du concours pour les places de chirurgien. —

1° Une composition sur un sujet d'anatomie normale topographique. — 2 heures ;

2° Une composition écrite sur un sujet de Pathologie externe. — 3 heures ;

3° Deux opérations sur le cadavre ;

4° Une épreuve clinique sur deux malades.

Il sera accordé trente minutes pour l'examen des malades, et vingt minutes pour la dissertation orale, après dix minutes de réflexion.

Les candidats qui justifieront par certificat délivré au secrétariat général du gouvernement tunisien d'une résidence d'une année au moins en Tunisie, auront, de ce chef, le total de leurs points majoré de dix pour cent (10 0/0).

Nomination. — A la suite du concours, le jury présentera la nomination de la Résidence générale à Tunis les candidats qui auront obtenu le nombre de points le plus élevé, sans faire de classement pour les autres candidats.

Attributions et fonctions des médecins-chirurgiens titulaires ou suppléants. — Elles sont déterminées par le règlement de l'Hôpital civil français de Tunis.

Le médecin-chirurgien titulaire est astreint à la visite quotidienne des malades. Les médecins-chirurgiens suppléants les remplacent en cas d'empêchement ou d'absence et assurent à tour de rôle le service de permanence de jour et de nuit. Le local nécessaire leur est réservé à cet effet dans les bâtiments de l'hôpital.

La date d'entrée en exercice sera celle de l'ouverture de l'établissement (vers le 1er février 1898) et la durée des fonctions est limitée à une période renouvelable de six ans. Les avantages attachés aux dites fonctions consistent en un traitement de trois mille francs (3.000 fr.) pour les titulaires et de mille cinq cents francs (1.500 fr.) pour les suppléants.

S'adresser au secrétariat général du gouvernement tunisien à Tunis, pour les renseignements. — Un extrait du présent règlement est déposé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Médecins. Conseillers généraux. — M. le Dr Thomas vient d'être élu conseiller général pour le canton de Ligueil (Indre-et-Loire).

Lycée Condorcet. — M. le Dr Colonna-Ceccaldi, médecin-adjoint au lycée Condorcet, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le Dr Berthelot, décédé.

M. le Dr Blondel est nommé médecin-adjoint au lycée Condorcet (emploi nouveau).

M. le Dr Grenier est nommé médecin-adjoint au lycée Condorcet (petit lycée) emploi nouveau.

Une famille médicale. — Le dernier Congrès international de Moscou comptait parmi ses membres toute une famille médicale : le Dr Perkins de (New-York), sa femme doctoresse, ses deux fils docteurs, sa fille et son gendre docteurs, tous docteurs. (*Deut. méd. Zeit.*, 13 sept.)

Association de la Presse médicale française. — *Réunion du 5 novembre* 1897. — Le 5 novembre 1897 a eu lieu la trente-huitième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. le Pr CORNIL. Vingt-six personnes y assistaient.

MM. les Drs Ollivier, Blondel et Chevallereau ont été nommés rapporteurs des candidatures de MM. J. Bergonié (de Bordeaux) (*Archives d'Electricité médicale*) ; Montprofit (d'Angers) (*Anjou médical*) ; Laurent (de Paris) *Indépendance médicale*) ; Georges Baudouin (*Annales d'Hydrologie*).

Correspondance : Remerciements de M. le Dr Morice, nommé membre titulaire dans la dernière séance ; lettre de M. le Pr Grasset, relative à l'organisation du service de la Presse au *Congrès français de Médecine* de Montpellier ; lettre de M. le Dr Laborde, relative à la nomination d'un Comité des *Congrès de l'Exposition de* 1900.

La réunion, à laquelle assistait M. Rocher, avocat, conseil judiciaire de l'Association, a longuement discuté l'*Affaire Laporte*.

M. Cézilly a proposé la création d'un *Conseil médical*, composé d'un délégué de toutes les Sociétés médicales constituées. Ce Comité de défense permanent serait à la disposition de tout médecin en détresse.

Le Secétaire général, Marcel Baudouin.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Excursions organisées avec le concours de la Société Française des « Voyages Duchemin ».

1er *En Egypte.* — Départ de Paris, le 8 décembre. Retour le 7 janvier 1898. Itinéraire : Paris, Marseille, Alexandrie, le Caire, les Pyramides de Sakkarah et de Ghizeh, la Grande Pyramide de Khéops, excursion facultative au Canal de Suez, Alexandrie, Marseille, Paris. Prix : 1re classe 1.480 fr. ; 2e classe, 1.350 fr.

2e Itinéraire : l'*Egypte et le Nil.* – Paris, Marseille, Alexandrie, le Caire, les Pyramides, Bellianey, Denderah, Esney, Edfou, Assouan, la première cataracte du Nil, Philoé, Luxor, Karnak, Thèbes, Kenez, le Caire, Alexandrie, Marseille, Paris Prix : 1re classe, 2.050 fr. ; 2e classe, 1.900 fr.

Les prix indiqués ci-dessus comprennent les billets de chemins de fer, le logement, la nourriture, le transport en voiture et en bateau, etc. ., sous la responsabilité de la Société des « Voyages Duchemin ».

Les souscriptions sont reçues aux bureau de la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont à Paris.

Nécrologie. — M. Brée, médecin Pavilly (Seine-Infér.). — M. le Dr Coffignon, de Marle, reçu en 1847, le doyen des médecins du département de l'Aisne, vient de mourir d'un anthrax à l'âge de 78 ans. — Le Dr Chenantais (Jules), professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes, reçu en 1844. — Le Dr Dimitrowitch, de Cuissey (Orne), reçu en 1842. — Le Dr Gautheret, du Donjon (Allier). — Le Dr de Molènes, de Domme (Dordogne), reçu en 1875. — Le Dr Scheck, de Clermont-Ferrand, reçu en 1854. — Le Dr Tournatoire, de Pertuis (Vaucluse), reçu en 1876. — Le D Vinet, de Saint-Père-en-Retz (Loire-Inférieure), reçu en 1883.

La mortalité à Paris. — Pendant la quarante-quatrième semaine, du 31 octobre au 6 novembre 1897, le service de la statistique a compté 800 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine dernière 837 et à la moyenne 847.

Les maladies épidémiques sont moins rares (20 au lieu de 17 et de la moyenne 30), la fièvre typhoïde a causé 9 décès au lieu de 3 et de la moyenne 7, la rougeole 1 au lieu de 2 et la moyenne 5, la coqueluche 1 au lieu de 2 et de la moyenne 3, la diphtérie 7 au lieu de 9 et de la moyenne 12.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par scarlatine.

On a signalé 1 décès par influenza et 1 par affection cholériforme.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 25 décès au-dessous de 1 an au lieu de 34 et de la moyenne 32.

En outre 29 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 104 décès (au lieu de 87 pendant la semaine précédente et au lieu de 107, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 17 décès (au lieu de la moyenne 17 ; bronchite chronique 32 décès (au lieu de la moyenne 27) ; bronchopneumonie, 27 décès (au lieu de la moyenne 29) ; pneumonie 28 décès (au lieu de la moyenne 34). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 33 décès, dont 20 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 189 décès au lieu de la moyenne 184 ; la méningite tuberculeuse, 11 décès ; la méningite simple, 13 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 17 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 73 décès, et les maladies organiques du cœur, 50 ; le cancer a fait périr 50 personnes. Enfin, 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 15 suicides, et 14 autres morts violentes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie humaine, publié sous la direction de Paul Poirier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux, par MM. A. Charpy, professeur d'anatomie à la Faculté de Toulouse ; A. Nicolas, professeur d'anatomie, à la Faculté de Nancy, A. Prenant, professeur d'histologie à la Faculté de Nancy ; P. Poirier, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux ; P. Jacques, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, chef des travaux anatomiques.

Viennent de paraître : Tome deuxième, troisième fascicule. **Angéiologie** : *Capillaires*, par P. Jacques. — *Veines*, par A. Charpy. 1 volume grand in-8° avec 75 dessins originaux de MM. Ed. Cuyer et A. Leuba. 6 fr. — Tome quatrième, deuxième fascicule. **Appareil respiratoire** : *Larynx*, *Trachée*, *Poumons*, *Plèvres*, par A. Nicolas ; *Thyroïde*, *Thymus*, par Ch. Simon, chef des travaux à la Faculté de Nancy. 1 volume grand in-8° avec 121 dessins originaux de MM. Ed. Cuyer et A. Leuba. 6 fr. — Masson et Cie, éditeurs.

Guida per le giovani madri, par le Dr Gino Gelli, 2e édit. Broch. in-32, 28 p. Firenze, 1897.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*